

## **Mali**

### **Projet de descriptif de programme de pays 2008-2012**

Le projet de descriptif de programme de pays relatif au Mali (E/ICEF/2007/P/L.8) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires lors de sa session annuelle de 2007 (4-8 juin 2007).

Le présent document a été révisé par la suite et cette version finale a été approuvée lors de la sa deuxième session ordinaire de 2007 du Conseil d'administration, le 7 septembre 2007.

## Données de base†

(2005, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions) . . . . .	7,4
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes) . . . . .	218
Insuffisance pondérale (% modérée et grave) (2001) . . . . .	33
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (1995-2001) . . . . .	580
Taux d'assiduité dans l'enseignement primaire (% , garçons/filles) (2004) . . . . .	50/43
Élèves terminant leur première année qui atteignent la cinquième année de scolarité (%) (2003) . . . . .	79
Accès à de l'eau plus salubre (%) (2004) . . . . .	50
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%) . . . . .	1,7
Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 17 ans) (2001) . . . . .	35
RNB par habitant (dollars des États-Unis) . . . . .	380
<hr/>	
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DTC3) (%) . . . . .	85
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%) . . . . .	86

† Des données supplémentaires concernant ce pays, sur les enfants et les femmes, sont disponibles sur le site [www.unicef.org](http://www.unicef.org).

## La situation des enfants et des femmes

1. Pays sahélien de plus de 13,5 millions d'habitants, le Mali est souvent soumis aux aléas climatiques qui affectent son économie où l'agriculture et l'élevage jouent un rôle prépondérant. Le contexte du pays est caractérisé par la pauvreté, l'analphabétisme, l'enclavement et l'insuffisance de ressources humaines. Le contexte régional reste marqué par des conflits dans plusieurs pays limitrophes qui risquent d'avoir des répercussions négatives sur le pays.

2. Au cours des dernières années, le pays a connu une stabilité politique remarquable, un renforcement du processus démocratique et le début d'une décentralisation. Il existe une véritable volonté politique pour améliorer la situation des enfants et des femmes comme en témoignent les décisions du Gouvernement d'instituer la gratuité de certains soins (césarienne, traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes) et la gratuité de l'éducation de base. L'un des défis majeurs est d'assurer une gestion rationnelle de l'afflux important de l'aide au développement et d'augmenter la part des secteurs sociaux dans le budget national pour que les indicateurs préoccupants du pays s'améliorent. Même si des progrès importants ont été réalisés, les résultats obtenus restent en deçà des attentes et l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement ne sera pas facile.

3. Concernant l'objectif du Millénaire pour le développement 1, la situation est caractérisée par la faible maîtrise de la croissance démographique, l'insuffisance du taux de croissance de l'économie, la répartition inégale des fruits de la croissance et

le faible accès aux services de base en milieu rural. Cependant, la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) 2002-2006 a permis de réduire le niveau de pauvreté monétaire de 68 % en 2001 à 59 % en 2005. Cette réduction a surtout concerné le milieu urbain (passant de 26 % en 2001 à 20 % en 2005), l'indice de la pauvreté en milieu rural restant quasiment inchangé (74 % en 2001 contre 73 % en 2005).

4. En ce qui concerne les objectifs du Millénaire 2 et 3, l'analyse de la situation du secteur de l'éducation montre une offre insuffisante, une faible qualité et un système éducatif coûteux et peu performant. Le taux net de scolarisation (TNS) mixte est passé de 51 % en 2002-2003 à 57 % en 2005-2006. Malgré la priorité donnée à l'éducation des filles, l'écart entre le TNS des garçons (64 % en 2005-2006) et celui des filles (49 % en 2005-2006) reste très important (près de 15 points). Il faut noter que seulement 41 % des élèves sont inscrits à l'âge de 6 ans et 35 % à 7 ans. Bien que le nombre total d'élèves ait fortement augmenté, le ratio élèves/maître s'est légèrement amélioré (57 élèves/maître en 2002 contre 53 élèves/maître en 2005-2006). Le taux de survie<sup>1</sup> à la fin du premier cycle (6<sup>e</sup> année) est de 75 % et de 85 % en 5<sup>e</sup> année en 2004 (pas de données sur les années antérieures).

5. Concernant les objectifs du Millénaire 4, 5 et 7, les taux de mortalité infantile (113 pour 1 000 naissances vivantes), de moins de 5 ans (229 pour 1 000 naissances vivantes) et maternelle (582 pour 100 000 naissances vivantes) restent très élevés selon la troisième enquête démographique et sanitaire (EDS III) de 2001. L'évolution de ces données ne sera disponible qu'avec les résultats de la quatrième EDS prévus à la fin du premier trimestre 2007. Les causes immédiates de mortalité infantile et infanto-juvénile les plus importantes sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les diarrhées; la malnutrition contribuant à plus de 50 % dans cette mortalité. Selon EDS III, 33 % des enfants de 0-5 ans souffrent d'une insuffisance pondérale, 38 % d'un retard de croissance et 11 % d'émaciation. La faible couverture en eau potable (62 %) et en infrastructures d'assainissement (46 %) contribue grandement à ces taux de mortalité. La mortalité maternelle est fortement liée au faible accès à des services de qualité et l'insuffisance de la prise en charge des soins obstétricaux.

6. La faible prévalence du VIH/sida (1,7 % dans la population adulte, 2 % chez les femmes et 1,5 % chez les hommes selon EDS III) ne doit pas minimiser le risque de propagation de l'épidémie. En effet, 50 % des femmes (55% des adolescentes) et 22 % des hommes (30 % des adolescents) ne connaissent aucun moyen de prévention de la maladie. Sur un nombre estimé de 75 000 enfants rendus vulnérables par le VIH/sida, seulement 5 060 enfants infectés et/ou affectés par la maladie sont régulièrement suivis. Malgré la disponibilité des fonds (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Programmes multi-pays de lutte contre le VIH/sida de la Banque Mondiale) et l'existence d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/sida, la mise en œuvre des interventions reste timide.

7. Dans le domaine de la protection, il existe peu de données sur le travail des enfants, leur exploitation et les abus et violences dont ils sont victimes. L'enquête nationale sur le travail des enfants, réalisée en 2005 par la Direction nationale des statistiques et de l'informatique en collaboration avec l'Organisation internationale

1.

<sup>1</sup> Taux de survie = pourcentage d'élèves inscrits en 1<sup>er</sup> année et qui atteignent la 5<sup>e</sup> ou la 6<sup>e</sup> année.

du travail et l'UNICEF, révèle que le travail des enfants est une réalité préoccupante, particulièrement pour les filles domestiques d'origine rurale. Environ deux enfants sur trois âgés de 5 à 17 ans sont économiquement actifs, soit plus de 3 millions de filles et de garçons pour l'ensemble du pays. D'autres enquêtes<sup>2</sup> montrent une faible connaissance de la part des enfants (environ 50 %) et de leurs parents (40 % environ) sur les droits de l'enfant et sur les conventions internationales. Selon l'EDS III, 92 % des femmes adultes sont victimes de l'excision<sup>3</sup>. L'étude nationale<sup>4</sup> sur l'enregistrement des naissances conduite en 2004 a montré que seuls 48 % des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à l'état civil (50 % des garçons et 46 % des filles). Il existe de grandes disparités entre le milieu urbain (84 %) et le milieu rural (34 %) et selon le niveau d'instruction des mères (90 % chez les mères instruites contre 46 % chez celles qui ne le sont pas). Les facteurs principaux influençant cette situation sont la non-gratuité de l'acte, le faible accès des populations aux services de l'état civil et l'ignorance des procédures par les parents.

8. Le Mali a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes comme instruments juridiques pour la promotion des droits. Le rapport périodique du Mali présenté au Comité des droits de l'enfant en janvier 2007 montre que malgré certains progrès, la pauvreté et l'exclusion des femmes et des enfants restent des entraves sérieuses à la réalisation de leurs droits. Il a été fortement recommandé par le Comité l'élaboration d'un plan national d'action basé sur les droits, couvrant tous les domaines de la Convention et tenant compte des objectifs du Millénaire pour le développement et de la déclaration et du plan d'action de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée aux enfants pour « Un monde digne des enfants ». Le Comité a en outre recommandé l'adoption et l'application d'une législation contre les mariages précoces et les mutilations génitales féminines (MGF). Il a aussi signifié son inquiétude concernant l'insuffisance des ressources budgétaires allouées au bien-être des enfants et concernant l'ampleur du phénomène des enfants mendiants et des abus, de violence et d'exploitation dont sont victimes les enfants.

## **Principaux résultats obtenus et enseignements tirés de la coopération précédente, 2003-2007**

### **Principaux résultats obtenus**

9. En matière de survie de l'enfant, des progrès notables ont été réalisés entre 2003 et 2006. Au niveau national, grâce à l'appui de l'UNICEF et de tous les partenaires, la couverture en trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche est passée de 40 % à 80 % et celle du vaccin anti-rougeoleux de 49 % à 77 %. Suite aux différentes campagnes et à l'amélioration de la couverture vaccinale, aucun cas de poliomyélite n'a été notifié depuis 2005 et le nombre de cas

1. \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Étude CAP de la Direction nationale de l'action sociale, 2001, sur la perception des droits de l'enfant en milieu urbain (Bamako) et rural (cercle de Mopti).

<sup>3</sup> Selon l'EDS III, en 2001, 92 % des femmes adultes avaient été victimes d'excision, dont 41,3 % avant 4 ans. Aussi 80,3 % des Maliens étaient favorables à cette pratique.

<sup>4</sup> Étude nationale sur l'enregistrement des enfants à la naissance, Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, décembre 2004.

notifiés de rougeole a chuté de 4 464 en 2001 à 242 en 2006. Le nombre de cas de dracunculose est passé de 829 en 2003 à 329 en 2006. Le taux de létalité observé dans les formations sanitaires due aux complications obstétricales a diminué de 5 % à 2,8 %. Dans les régions d'intervention du programme, la couverture en accouchements assistés et en vitamine A sont respectivement passés de 31 % à 46 % et de 76 % à 82 %. Ces progrès sont essentiellement consécutifs à l'approbation par le Gouvernement et les principaux partenaires de la stratégie de survie de l'enfant et sa mise en œuvre. Dans les quatre régions appuyées par l'UNICEF, 16 districts sur 32 (soit plus de 70 % de la population des quatre régions) sont couverts par les trois paquets complets (Programme élargi de vaccination (PEV) « plus », Consultation prénatale « plus » et Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant communautaire « plus »). L'approche « Ménages amis des enfants » a été validée et constitue le soubassement des interventions au niveau des ménages; ainsi 10 140 relais communautaires encadrent 364 641 ménages pour la promotion des pratiques familiales essentielles favorables à la survie et au développement du jeune enfant, soit 70 % des ménages dans les 16 districts sanitaires.

10. Les principaux domaines d'intervention du programme Éducation pour la vie concernaient la gestion décentralisée de l'éducation, l'accès à l'enseignement fondamental, la qualité de l'éducation, la prévention du VIH/sida en milieu scolaire et l'éducation non formelle. Toutes les communes des 4 régions d'intervention et du district de Bamako (50 % des communes du Mali) disposent d'un plan de développement éducatif communal grâce à la formation des élus et agents communaux sur la planification et les questions clefs de l'éducation, les droits de l'enfant et sur la démarche « École amie des enfants, amie des filles ». Se basant sur ce modèle, l'extension est en cours dans les autres régions du pays, avec le financement d'autres partenaires techniques et financiers. L'élaboration du Plan d'investissement du secteur de l'éducation de deuxième génération (PISE II) et du Plan du Mali pour l'Initiative de mise en œuvre accélérée de la scolarisation universelle, où l'UNICEF était l'agence coordonnatrice, a contribué à la prise en compte de stratégies pertinentes (gratuité de l'éducation, adaptation de l'école au mode de vie des populations semi-nomades, transfert effectif de la maîtrise d'ouvrage des constructions scolaires aux communes). La politique nationale pour la scolarisation des filles est en cours d'adoption. Pour améliorer la qualité de l'éducation, la démarche « École amie des enfants, amie des filles » et les gouvernements d'enfants ont été implantés dans 2 860 écoles dans sept régions du pays sur neuf. La politique nationale d'éducation non formelle et le système d'information statistique ont été adoptés et vulgarisés. Environ 12 250 auditeurs, dont 70 % d'adolescentes et de femmes, ont été alphabétisés. L'évaluation externe récemment menée montre qu'à travers les stratégies développées, le programme a contribué à la réalisation du droit des enfants à une éducation de qualité : augmentation de l'accès et amélioration du maintien des enfants à l'école, renforcement des compétences de vie chez les élèves, meilleure appropriation de la planification et de la gestion des écoles par les collectivités, les communautés et les élèves. Par contre, l'impact sur la réduction des disparités entre garçons et filles est limité.

11. Dans la lutte contre le VIH/sida, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, le plan multisectoriel 2006-2010 en faveur des enfants affectés ou infectés par le VIH/sida a été validé. L'UNICEF a rendu opérationnelles

55 structures offrant des services complets de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Le processus d'adaptation de modules génériques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la formation en PTME est en cours. Concernant le traitement pédiatrique aux enfants, le personnel du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré a été formé dans le domaine de l'appui psychosocial et de l'éducation thérapeutique. Un programme de prévention en milieu scolaire et non formel dans 20 écoles a été lancé et sera étendu à toutes les écoles du pays..

12. Dans le domaine de la protection des enfants, les interventions ont concerné le renforcement des capacités des intervenants, la mise en place d'un système d'information et de gestion des données et le renforcement de la réponse au niveau communautaire. Un accent particulier a été mis sur l'enregistrement des naissances, la lutte contre l'excision, le mariage précoce et la traite des enfants et les priorités nationales inscrites dans le CSLP. Basé sur les résultats de l'Étude nationale sur l'enregistrement des naissances de 2004, le « Guide du Citoyen », outil unique de sensibilisation, a permis de rendre disponibles les informations liées à l'enregistrement des faits d'état civil à toutes les couches de la population d'une manière très pédagogique et accessible. Le plaidoyer pour une législation contre la pratique de l'excision est toujours en cours. Dans la lutte contre la traite des enfants, le Mali a signé les accords multilatéraux de coopération régionale en Afrique de l'Ouest et du Centre et des accords bilatéraux de coopération avec le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Sénégal.

13. En terme de planification et de suivi et d'évaluation, la base de données socioéconomique du Mali appelée « Malikunafoni » utilisant la technologie DevInfo est opérationnelle et sera très prochainement accessible aux utilisateurs sur l'Internet. Elle permettra le suivi et l'évaluation des programmes nationaux du pays; le bulletin statistique sur la situation des femmes et des enfants a été réalisé en 2006 grâce à Malikunafoni. Les résultats de la quatrième EDS réalisée en 2006 permettront la mise à jour des indicateurs sur les femmes et les enfants. Un manuel de formation en droits humains et un guide de formation des formateurs en gestion axée sur les résultats sont utilisés pour renforcer les capacités des acteurs chargés de la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux.

14.

Globalement, les interventions du programme ont contribué à l'amélioration de la situation des enfants au Mali, comme en témoignent les résultats préliminaires de l'EDS 2006. Ces résultats montrent que les taux de mortalité infantile et infanto juvénile sont passés respectivement entre 2001 et 2006 de 113 pour 1000 à 96 pour 1000 (réduction de 15%) et de 229 pour 1000 à 191 pour 1000 (réduction de plus de 16 %). Ces résultats sont d'autant plus significatifs que les réductions obtenues selon les mêmes enquêtes entre 1996 et 2001 sont beaucoup plus faibles (9 % pour la mortalité infantile et seulement 4 % pour la mortalité infanto juvénile). La même enquête a montré que des améliorations notables ont été obtenues notamment dans les accouchements assistés (passant de 41 % en 2001 à 49 % en 2006 soit une augmentation de 20 %) et l'allaitement exclusif qui passe de 25 % en 2001 à 38 % en 2006 (soit une augmentation de plus de 50 %). La prévalence du VIH/sida a régressé de 1,7 à 1,2 % pendant la même période.

#### **Enseignements tirés**

15. La mise en œuvre de la stratégie de la survie de l'enfant a permis de démontrer qu'il est possible d'obtenir une réduction significative du taux de mortalité de moins

de 5 ans dans des délais raisonnables (près de 20 % de réduction dans les zones pilotes). La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5, et 6 passe par le passage à l'échelle nationale de cette stratégie. Après l'appropriation par le Gouvernement de cette stratégie, il est donc nécessaire de mettre en place un fort et large partenariat incluant tous les acteurs et donateurs tels que les communautés, la Banque mondiale, l'OMS, le United States Agency for International Development (USAID) et les coopérations bilatérales et multilatérales pour assurer la durabilité des interventions.

16. La malnutrition des enfants, une urgence silencieuse au Mali, n'avait pas été suffisamment prise en compte dans le programme passé, alors que sa prévalence est très élevée et qu'elle contribue beaucoup à la mortalité des enfants. Pour la réduire de manière efficace, il a été recommandé lors de la revue à mi-parcours du programme d'en faire une priorité nationale dans le programme courant.

17. Concernant la lutte contre le VIH/sida, deux approches ont été mises en œuvre au cours du précédent programme de coopération : l'approche intégrée où les différents volets de lutte étaient mis en œuvre dans les programmes sectoriels et l'approche verticale où un programme à part entière a été créé. L'analyse a montré que l'approche verticale a permis une plus grande visibilité et une meilleure coordination mais serait plus coûteuse. Il a été décidé pour le prochain programme de revenir à l'approche intégrée qui est considérée plus efficace, moins coûteuse et correspondant à la vision du Gouvernement mais en veillant à améliorer les mécanismes de coordination et à rendre plus visibles les interventions de lutte contre le VIH/sida.

## Le programme de travail, 2008-2012

### Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<b>Total</b>
Survie de l'enfant	22 000	39 655	<b>61 655</b>
Éducation de base et équité	21 250	19 327	<b>40 577</b>
Protection des enfants	6 650	4 332	<b>10 982</b>
Promotion des droits et partenariat	5 190	3 333	<b>8 523</b>
Coûts transversaux	4 750	–	<b>4 750</b>
<b>Total</b>	<b>18 980</b>	<b>66 647</b>	<b>126 487</b>

### Processus d'élaboration

18. La préparation de ce document a été faite selon un processus participatif incluant les responsables du Gouvernement, de la société civile et des principaux partenaires. Elle a été consécutive à l'élaboration du nouveau Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté (CSCR) 2007-2011 et au Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2008-2012 qui reflète la contribution coordonnée et concertée du système des Nations Unies pour l'atteinte

des objectifs du Millénaire pour le développement et des priorités nationales énoncées dans le CSCRP. Ce document quant à lui spécifie la contribution du programme de pays de l'UNICEF pour l'atteinte des effets escomptés du PNUAD.

19. La coordination du processus de programmation a été assurée par la Direction de la coopération internationale (DCI) du Ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale. La DCI a mis en place un comité de pilotage composé, outre l'UNICEF, des représentants des ministères assurant la tutelle des composantes du programme en cours. Le comité de pilotage a confié la préparation des composantes programmatiques du nouveau programme de coopération à des comités techniques sectoriels, comprenant les représentants des structures techniques, des partenaires nationaux et internationaux et des organisations non gouvernementales (ONG) concernés par la mise en œuvre du programme.

### **Objectifs, principaux résultats attendus et stratégies**

20. Le but du programme est que les enfants et les femmes, particulièrement les plus vulnérables, jouissent pleinement de tous leurs droits. Il contribue principalement à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 1, 2, 3, 4, 5 et 6 (et accessoirement des autres objectifs du Millénaire) et de trois effets escomptés sur cinq du PNUAD.

21. Pour l'atteinte de l'effet 1 du PNUAD « Les droits humains au Mali sont mieux connus et respectés, au bénéfice de la gouvernance démocratique et de l'État de droit », le programme vise les effets suivants : a) la situation des enfants et des femmes est documentée, mise à jour et analysée; et b) des politiques nationales en faveur des enfants et des femmes et des législations nationales conformes aux conventions internationales sont mises en œuvre.

22. Pour concourir à l'effet 3 du PNUAD « L'accès des groupes les plus vulnérables à des services sociaux de base de qualité est renforcé », le programme permettra d'atteindre les effets suivants : a) les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes reçoivent les soins de santé de qualité dans les régions d'intervention du programme; b) les enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition sont pris en charge dans les régions les plus affectées; c) la couverture en eau potable et des infrastructures d'assainissement dans les écoles, les centres de santé et les zones d'endémie de la dracunculose est améliorée; d) le taux d'admission des filles en première année atteint 95 % dans les régions d'intervention et leur taux d'achèvement du premier cycle atteint 80 %; et e) les groupes d'enfants les plus vulnérables (enfants talibés, filles domestiques, enfants des rues, enfants handicapés) ont accès à une éducation de base adaptée.

23. Pour atteindre l'effet 5 du PNUAD « L'accès universel dans le cadre de la lutte contre le sida est amélioré », le programme a retenu les effets suivants : a) le taux d'infection du VIH chez les enfants et les jeunes et la marginalisation des enfants affectés ou infectés par le VIH/sida ont diminué; et b) les femmes enceintes séropositives et leurs enfants sont pris en charge dans les formations sanitaires des régions d'intervention du programme.

24. L'approche programmatique permettra d'avoir deux niveaux d'intervention : a) au niveau national, les interventions permettront de renforcer les capacités nationales surtout en terme de planification et de suivi à travers un appui technique au Gouvernement et aussi de s'assurer que les enfants sont pris en compte dans les



politiques nationales à travers un plaidoyer; et b) au niveau local, elles permettront de délivrer des services de qualité aux bénéficiaires surtout les plus vulnérables et en veillant à leur participation à la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des interventions. La synergie entre les différentes composantes sera renforcée pour améliorer l'impact et l'efficacité du programme.

25. En terme de stratégies, le programme développera au niveau national un partenariat stratégique et un dialogue politique à travers les mécanismes existants de coordination et de concertation pour influencer les politiques et stratégies nationales. Ce partenariat vise aussi la mobilisation et l'utilisation des fonds en faveur des enfants (en vue de réduire les disparités de sexe et pour la prise en compte des populations vulnérables ou marginalisées). L'approche de couverture géographique permettra de couvrir six régions du pays sur neuf en consolidant et étendant les interventions avec un paquet complet dans les quatre régions déjà couvertes pendant le précédent programme (Mopti, Ségou, Kayes et Koulikoro) et en introduisant progressivement le paquet dans les régions de Sikasso et Gao. Les trois autres régions (Tombouctou, Kidal et Bamako) bénéficieront des interventions à caractère national telles que le PEV ou la vitamine A ou thématique comme la lutte contre le sida ou la protection des enfants. Les critères de vulnérabilité (tels que la pauvreté et l'exclusion) et la recherche de complémentarité et/ou de synergie avec les autres intervenants dicteront le choix des zones d'intervention.

26. L'existence d'une vision nationale traduite à travers les documents du CSCRP et des programmes sectoriels auxquels adhèrent tous les partenaires techniques et financiers et d'un cadre cohérent du système des Nations Unies à travers le PNUAD offre une opportunité d'un partenariat efficace. D'autre part, conformément à son mandat, l'UNICEF continuera son plaidoyer envers les décideurs et les partenaires pour que les droits des enfants soient promus et respectés.

#### **Lien avec les priorités nationales et le PNUAD**

27. Le système des Nations Unies à travers le PNUAD 2008-2012 a spécifié sa contribution pour l'atteinte des priorités nationales énoncées dans le CSCRP. Dans les paragraphes 19, 20, 21 et 22 du présent document, les liens entre les effets du programme et ceux du PNUAD sont clairement établis. En outre, les effets escomptés des composantes programmatiques s'inspirent des documents stratégiques sectoriels tels que le Programme de développement sociosanitaire, le Programme décennal d'éducation, le Cadre stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010 et le Programme du secteur eau et assainissement.

#### **Liens avec les priorités internationales**

28. Les interventions du programme ont été guidées par la Convention relative aux droits de l'enfant et les objectifs d'« Un monde digne des enfants ». Elles sont en parfaite conformité avec les cinq domaines prioritaires du Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2006-2009 de l'UNICEF. En effet, chaque composante programmatique correspond presque à un domaine prioritaire du PSMT, sauf pour la lutte contre le VIH/sida qui est intégrée dans les différentes composantes programmatiques en fonction des spécificités de chaque volet. Compte tenu du contexte du pays, notamment la mortalité élevée et le faible taux de scolarisation, il est évident que la survie et l'éducation constituent les principales composantes du programme. Le programme contribuera essentiellement à l'atteinte des objectifs du

Millénaire pour le développement 2, 3, 4, 5, 6 et 7 où la valeur ajoutée de l'UNICEF est prouvée.

### **Éléments du programme**

29. Le programme **Survie de l'enfant** contribuera à la réduction de la mortalité infantile et maternelle et à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 1, 4, 5, 6 et 7 à travers des stratégies basées sur l'intégration des interventions efficaces et la continuité des services offerts à la mère, au nouveau-né et à l'enfant tant au niveau communautaire que celui des structures sanitaires. Cette approche contribuera à accélérer le passage à l'échelle nationale de ces stratégies adoptées dans le Programme de développement sanitaire, dont la composante renforcera les mécanismes de planification, de la mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. En outre, elle sera soutenue par un plaidoyer et une planification stratégique ainsi que par la communication pour un changement de comportement notamment au niveau des ménages et de la communauté. Le programme assurera la fourniture des intrants, la formation des acteurs et l'appui technique et logistique. Il couvrira 6 régions sur les 9 que compte le pays (soit 82 % de la population totale) et comprend trois sous-composantes : a) soins intégrés et continus au niveau communautaire; b) prise en charge de la malnutrition et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, et VIH/sida; et c) eau, hygiène et assainissement.

30. La sous-composante 1 vise la couverture par un paquet complet à haut impact (PEV, moustiquaires imprégnées, vitamine A « plus », consultation prénatale « plus », prévention de la malnutrition et du sida) à travers l'approche « Ménages amis des enfants ». La sous-composante 2 qui intervient au niveau des structures sanitaires de références a retenu les effets spécifiques suivants : a) la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère est efficacement assurée; b) la létalité due aux complications obstétricales chez les femmes enceintes est réduite à 1 % à travers la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de l'organisation du système de référence et d'évacuation et des activités supplémentaires de vaccination; et c) la PTME et la prise en charge des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants sont assurées dans les formations sanitaires. La sous-composante 3 s'est fixé, dans les zones d'intervention, les effets suivants : a) les besoins en eau potable des communautés les plus pauvres sont couverts à 73 %; b) 90 % des ouvrages d'approvisionnement en eau potable sont fonctionnels; c) 65 % des populations dans les zones les plus pauvres utilisent les infrastructures d'hygiène et d'assainissement; d) le nombre de cas de dracunculose est réduit de 329 (2006) à zéro (2012); et e) 80 % des écoles primaires et des centres de santé ont accès à un point d'eau potable.

31. Notons que ce programme intervient dans un contexte caractérisé par la revue du Cadre des dépenses à moyen terme du secteur de la santé, le transfert des compétences de l'État aux collectivités locales en matière de santé et d'hydraulique dans le cadre de la décentralisation, le démarrage de l'appui budgétaire sectoriel, le renforcement du partenariat entre l'État, la société civile et le secteur privé et la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant. L'ensemble de ces processus a fait l'objet d'appropriation par les structures indiquées du Gouvernement. Les principaux partenaires du programme sont constitués par le Ministère de la santé publique, la société civile, les collectivités décentralisées, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, l'OMS, le Programme

alimentaire mondial (PAM), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Union européenne, les Gouvernements de la Belgique, du Canada, des Pays-Bas et de la Suisse et USAID. La collaboration entre ces différents partenaires tant au niveau stratégique qu'opérationnel sera renforcée en vue d'une forte synergie d'action notamment à travers les cadres existants de concertations des partenaires techniques et financiers.

32. Le programme **Éducation de base et équité** participe à la mise en œuvre du PISE II et l'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous adoptés par le Gouvernement et tous les partenaires techniques et financiers. Il vise à améliorer, au niveau des politiques et stratégies nationales et dans les régions d'intervention, l'offre et la qualité de l'éducation de base en mettant l'emphase sur la parité et l'équité à travers la promotion de la scolarisation des filles et des enfants les plus vulnérables. Il contribue à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 2 et 3 et partiellement à l'objectif 6. Les stratégies opérationnelles comprendront la généralisation de la gratuité, la mise en place du paquet éducatif essentiel, le rapprochement école-domicile, le développement d'écoles adaptées aux milieux semi-nomades, la mobilisation des ONG et associations, une communication pour le changement de comportements et des mesures pour la scolarisation des enfants à besoins éducatifs spéciaux. Il développera aussi la démarche associant « École amie des enfants, amie des fille » et « Les gouvernements d'enfants », qui permettent de promouvoir les droits de l'enfant, la participation des enfants, l'égalité des sexes à l'école et de renforcer les compétences de vie des élèves. Les compétences des enseignants seront renforcées. Enfin, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida assurée dans le fondamental et les établissements secondaires et la lutte contre la stigmatisation et la marginalisation sera renforcée à tous les niveaux de l'enseignement.

33. Le programme comprend trois sous-composantes : a) éveil et développement du jeune enfant; b) enseignement fondamental; et c) éducation des groupes les plus vulnérables. La sous-composante 1 permettra d'atteindre les effets suivants : l'éveil des jeunes enfants est mieux assuré par les parents dans le cadre familial et 1 000 centres de développement de la petite enfance sont fonctionnels (à terme, scolarisation de 250 000 enfants de 3 à 5 ans). La sous-composante 2 vise les effets suivants : l'écart filles/garçons est réduit en moyenne à moins de 10 points (contre 20 en 2005); l'accès à une éducation de base de qualité des groupes les moins scolarisés est amélioré (filles en milieu rural, enfants en milieux semi-nomades); les approches « école amie des enfants, amie des filles » et les gouvernements d'enfants sont appliqués dans toutes les écoles fondamentales du pays et le niveau des acquis des élèves du fondamental est amélioré de 15 %, la prévention du VIH/sida est intégrée dans le curriculum de formation des enseignants et dans les programmes d'enseignement. Les effets de la sous-composante 3 sont les suivants : 50 000 adolescentes et femmes ont acquis des compétences de vie et participent à des activités communautaires et de post-alphabétisation; 7 500 enfants talibés ont bénéficié d'éducation de base ou d'apprentissage et ne mendient plus; les filles domestiques et les enfants des rues ont bénéficié d'une éducation de base adaptée à leurs besoins.

34. Les principaux partenaires du programme sont : le Ministère de l'éducation nationale, l'Assemblée nationale, les syndicats d'enseignants, la Fédération nationale des associations des parents d'élèves; la Banque mondiale, l'Organisation

des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le PAM, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'UNFPA, USAID, l'Agence canadienne de développement international, l'Agence française de développement et la Coopération suisse. Sur le terrain, le partenariat concernera les services déconcentrés des ministères, les collectivités territoriales, Aide et Action, Plan International, World Education, Intervida, des ONG nationales, les associations de femmes, de jeunes, de parents et de mères d'élèves et les gouvernements d'enfants. Les structures nationales et régionales de coordination et de concertation permettront le renforcement de ces partenariats.

35. Le programme **Protection des enfants** contribuera à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 1 et 8 et s'attaquera, au niveau national, aux problèmes prioritaires suivants : le travail et la traite des enfants, la justice des mineurs, l'enregistrement des naissances, les enfants en rupture avec leur milieu familial et victimes de violences, les orphelins et enfants vulnérables y compris ceux infectés ou affectés par le VIH/sida, les MGF, les mariages précoces et autres pratiques néfastes. Les stratégies seront basées d'une part, sur le plaidoyer et l'appui institutionnel pour un environnement protecteur et, d'autre part, sur les interventions orientées vers les populations cibles.

36. Le programme comprend trois sous-composantes : a) appui aux politiques et à la législation; b) réponse aux besoins des enfants victimes; et c) lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes. La sous-composante 1 permettra la mise en place d'une base de données qui servira à l'élaboration de politiques et stratégies nationales en matière de protection, l'adoption du code des personnes et de la famille et autres législations spécifiques. La sous-composante 2 vise l'application des normes et des standards pour la justice des mineurs, la lutte contre toutes les formes de traite et de violences envers les enfants et la prise en charge des enfants affectés ou infectés par le VIH/sida. La sous-composante 3 concourra à diminuer les pratiques néfastes notamment les MGF à travers une approche holistique et contribuera à la prise en charge des filles et des femmes affectées par les pratiques néfastes.

37. Les principaux partenaires sont les Ministères de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, du développement social, de la solidarité et des personnes âgées, de la sécurité intérieure et de la protection civile, de la justice, de l'administration territoriale et les collectivités locales, de la jeunesse et des sports, le Haut-Conseil national de lutte contre le sida, les agences des Nations Unies, la société civile et les ONG internationales.

38. Le programme **Promotion des droits et partenariat** est à couverture nationale et contribue à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement 1 et 8. Il appuiera les autres programmes notamment dans les domaines de la planification, du suivi et de l'évaluation et de la communication. Son objectif principal est la promotion d'une culture de droits en faveur des enfants et des femmes : engagement des décideurs et de la société civile, formulation et exécution des politiques sociales, et mesures budgétaires prenant en compte les droits des femmes et des enfants. La constitution d'alliances et de partenariats dans l'accomplissement de ces engagements sera le meilleur fondement du programme.

39. Il comprend trois sous-composantes : a) plaidoyer et planification stratégiques; b) alliances, partenariat et participation des enfants; et c) communication pour l'appui aux programmes. La sous-composante 1 appuiera la collecte de données

désagrégées sur la situation des femmes et des enfants, particulièrement les plus défavorisés, pour aider à la prise de décisions en faveur du respect de leurs droits. Elle veillera à intégrer l'approche de programmation basée sur les droits humains et la gestion axée sur les résultats dans la formulation des documents stratégiques nationaux. La sous-composante 2 ciblera la participation des enfants et le renforcement des alliances et partenariats pour un environnement favorable aux droits des enfants à travers un engagement actif des décideurs, de la société civile, des communautés et la participation des enfants. La sous-composante 3 mettra l'accent sur les acteurs qui peuvent avoir une réelle influence sur la situation des enfants et des femmes, notamment au niveau des régions et dans le cadre de la décentralisation en vue de mener les stratégies de communication relatives à l'application des droits humains. Un plan intégré de communication orienté vers les comportements favorables au bien-être des enfants et des femmes, notamment la prévention du VIH/sida, sera mis en œuvre. Tenant compte du contexte national et régional, un plan de préparation et de réponse aux urgences, y compris la grippe aviaire, sera mis à jour régulièrement. Les principaux partenaires sont tous les ministères, l'Assemblée nationale, le parlement des enfants, les médias, toutes les agences du système des Nations Unies et l'ensemble de la société civile.

40. **Les coûts transversaux** permettront de renforcer les capacités logistiques et de gestion de l'ensemble du programme. Un accent sera mis pour améliorer la capacité de gestion et de suivi des partenaires dans le contexte de l'application en 2008 de la nouvelle approche au versement d'espèces.

#### **Principaux partenariats**

41. La liste des principaux partenaires figure dans les paragraphes sur les composantes du programme. Le partenariat sera renforcé à travers les mécanismes existants de coordination (sous l'égide du Gouvernement) et de concertation avec les partenaires techniques et financiers ainsi que ceux mis en place par le système des Nations Unies dans le cadre du PNUAD. Le principe d'une programmation conjointe de toutes les agences du système des Nations Unies dans la lutte contre le VIH/sida et dans le renforcement des capacités nationales a déjà été adopté. Il en est de même pour la lutte contre la malnutrition avec le PAM. D'autres possibilités sont envisageables avec l'UNFPA dans le domaine de la santé de la reproduction. Dans les régions d'intervention, une répartition des zones entre les intervenants est déjà appliquée permettant ainsi une cohérence et une complémentarité.

#### **Suivi, évaluation et gestion du programme**

42. Un comité de pilotage présidé par la DCI du Ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale et comprenant les représentants des principaux ministères chargés de la mise en œuvre des programmes sectoriels assurera la coordination du programme. Des comités techniques sectoriels assurent la planification, le suivi et les revues des programmes sectoriels. Dans le cadre du PNUAD, une coordination inter agences est mise en place et l'UNICEF coordonnera avec l'OMS le groupe de travail chargé de l'effet PNUAD relatif aux services sociaux. Un plan intégré de suivi et d'évaluation quinquennal intégré à celui du PNUAD permettra le suivi global du programme. Des revues annuelles mesureront

régulièrement les performances. Une revue à mi-parcours conjointe avec celle du PNUAD est planifiée pour 2010. Une enquête par grappes à indicateurs multiples/EDS est programmée pour 2011 et permettra d'évaluer l'évolution des principaux indicateurs pendant la durée de ce programme.

---